In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful












# Dysphagies

# Plan

I. Définition
II. Rappel anatomo-physiologique
III. physiopathologie
IV. Diagnostique positif
V. Diagnostique différentiel
VI. Diagnostique étiologique
VII. Conclusion

# Définition

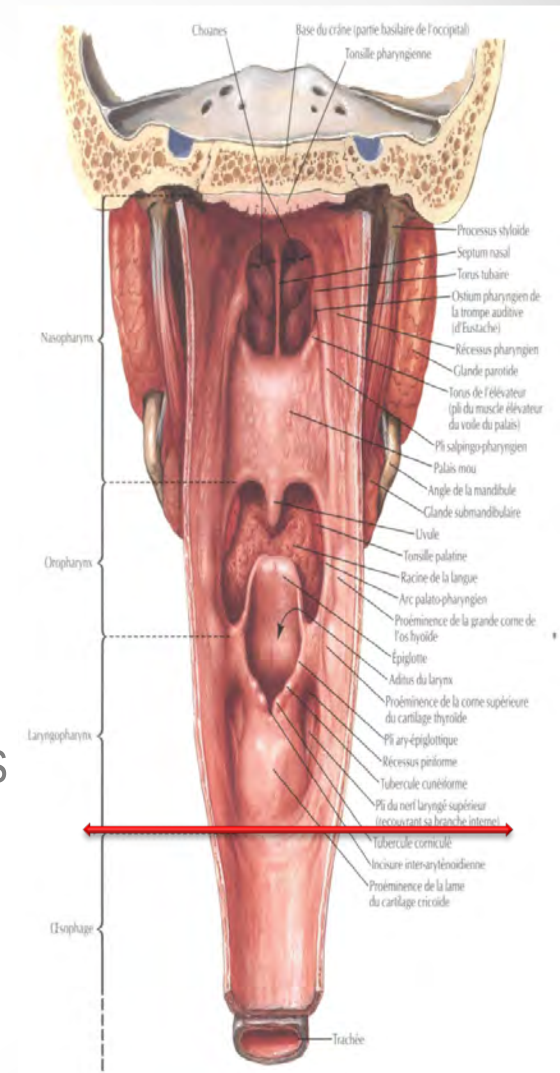
❖ **La dysphagie** se définit comme une gêne à la déglutition ( du grec dys :difficulté et phagein : manger).

❖ On parle:

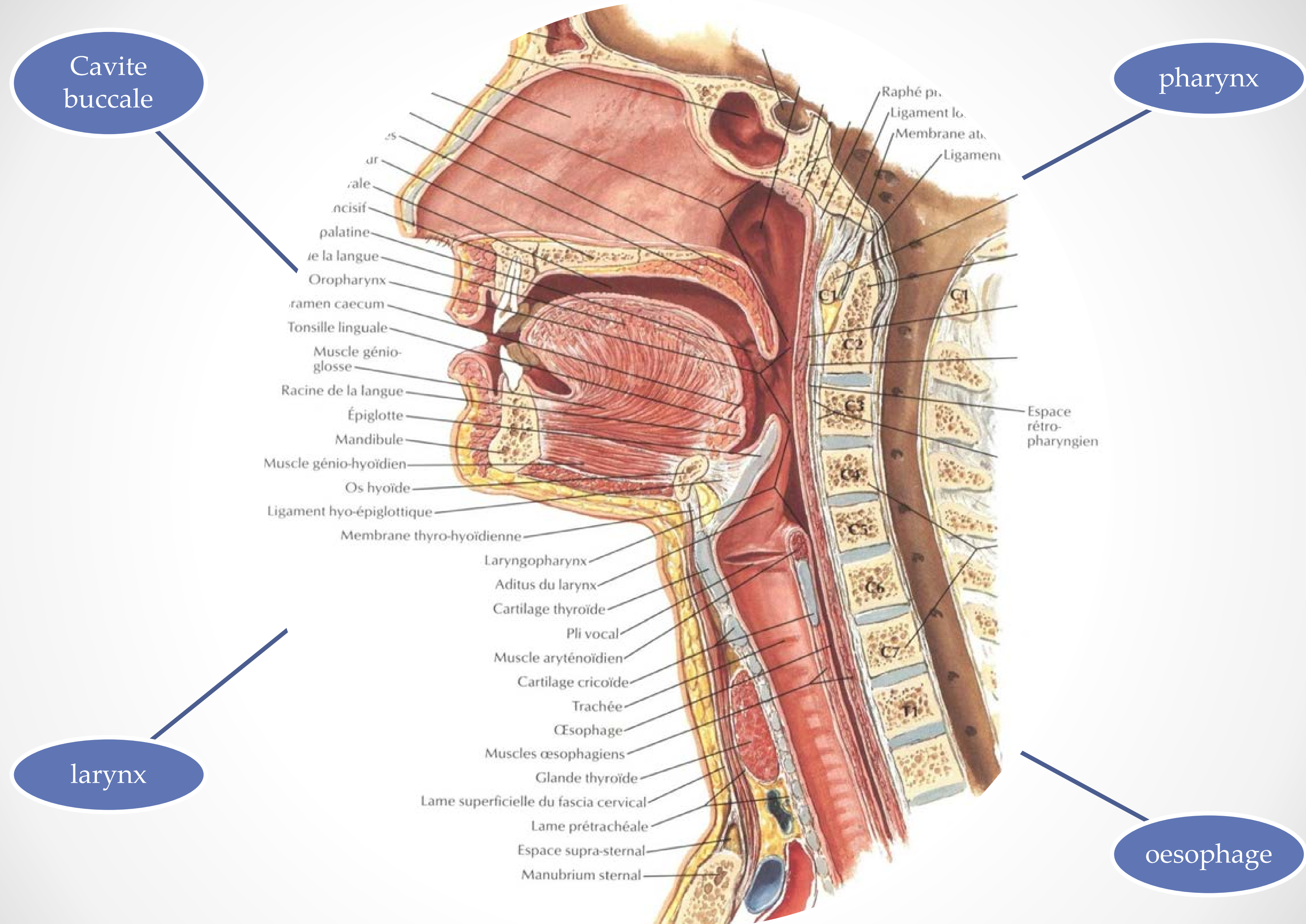
- **D'aphagie** lorsque l'alimentation est impossible.
- **D'odynophagie** quand elle est douloureuse.

❖ Il est classique de distinguer :

- Les dysphagies hautes → Oro-pharyngée
- Les dysphagies basses → œsophagiennes

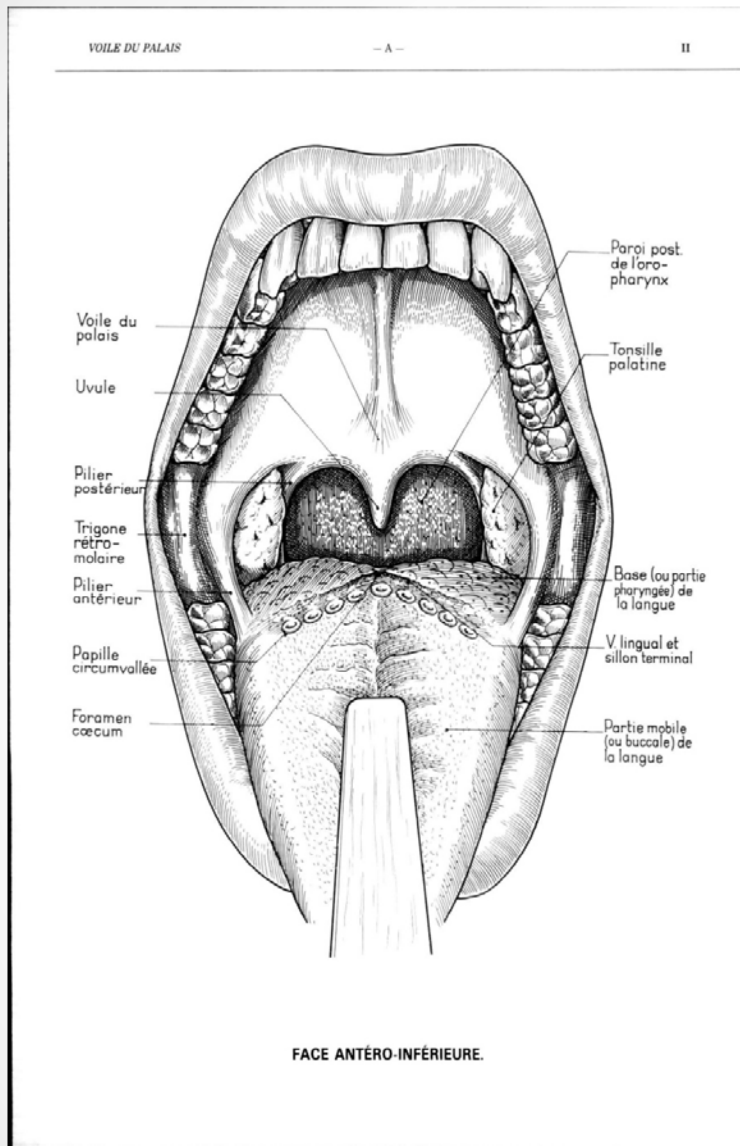


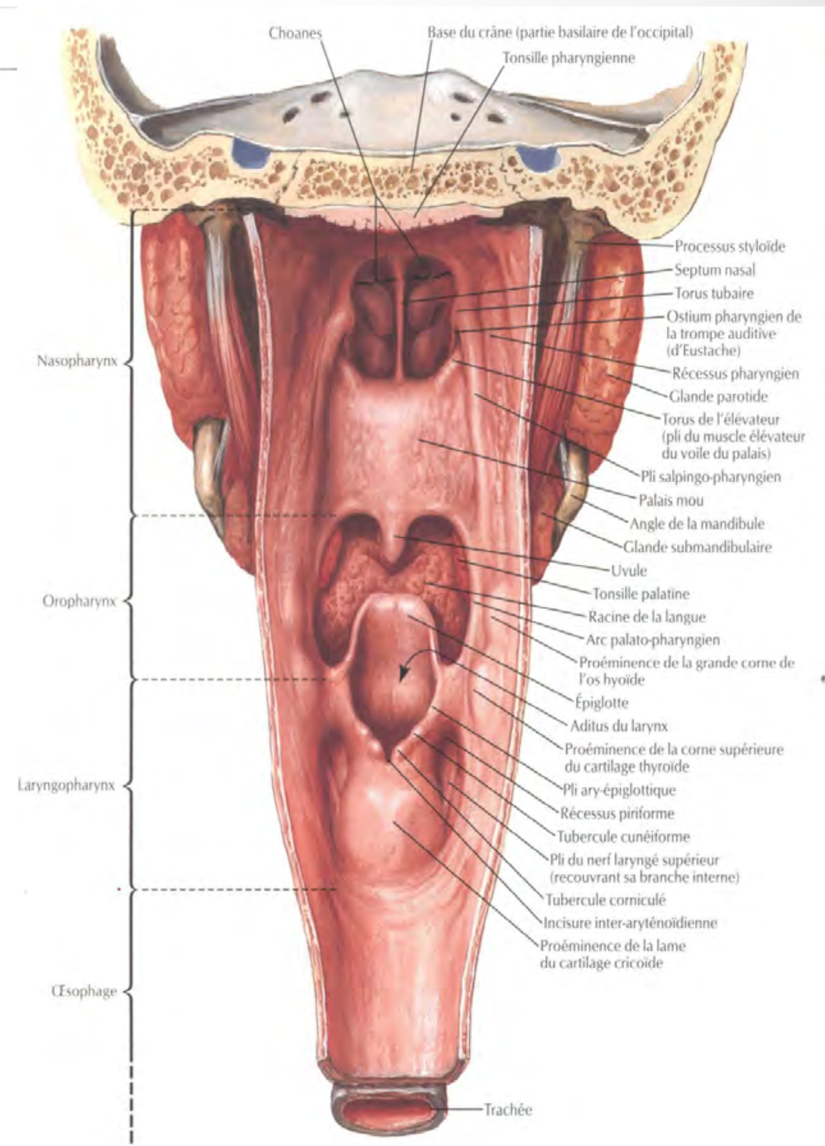
# Rappel anato-physiologique

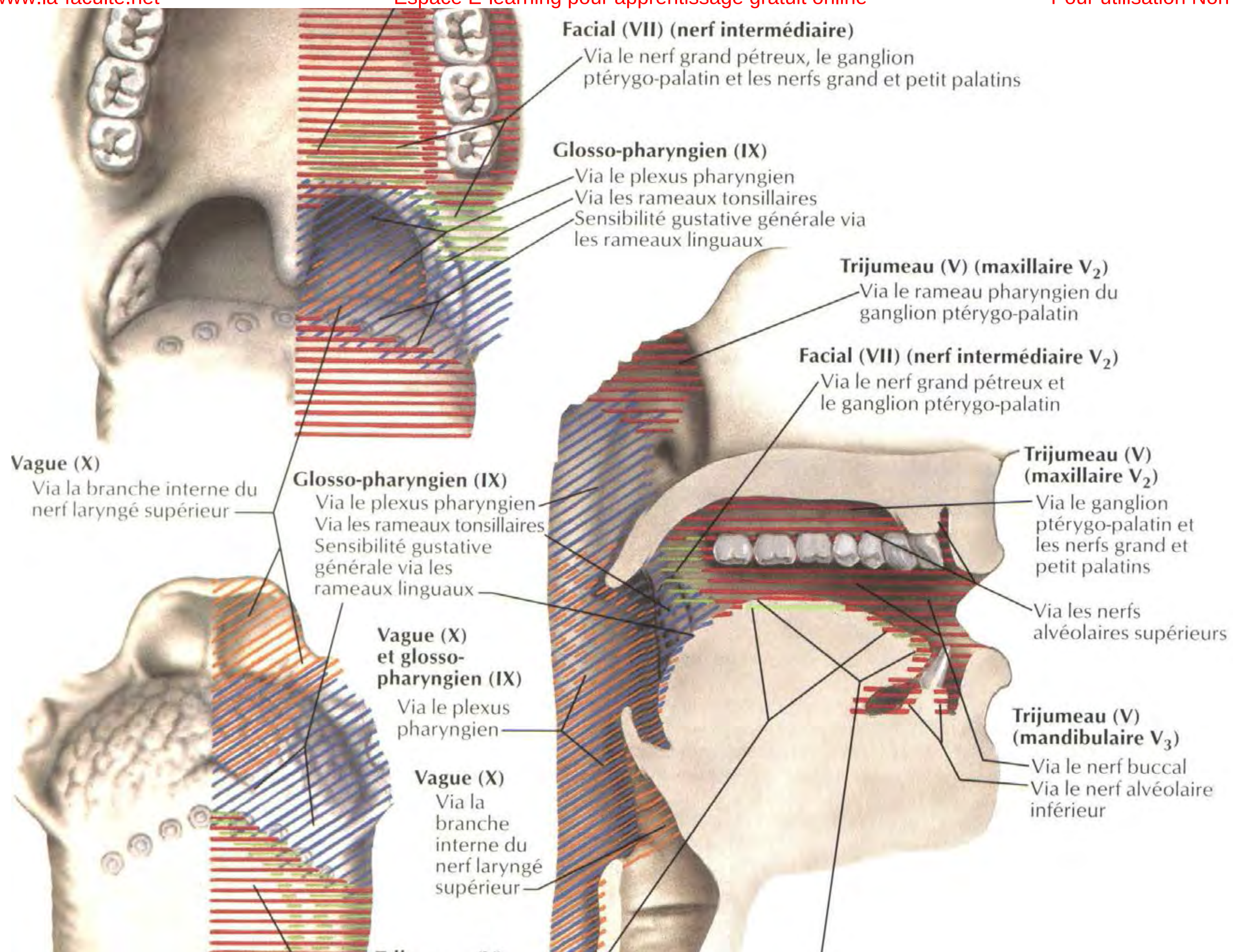


Cavite buccale
pharynx
larynx
oesophage
palatine
Oropharynx
Tonsille linguale
Muscle génio-glosse
Racine de la langue
Épiglotte
Mandibule
Muscle génio-hyoïdien
Os hyoïde
Ligament hyo-épiglottique
Membrane thyro-hyoïdienne
Laryngopharynx
Aditus du larynx
Cartilage thyroïde
Pli vocal
Muscle aryténoïdien
Cartilage cricoïde
Trachée
Œsophage
Muscles œsophagiens
Glande thyroïde
Lame superficielle du fascia cervical
Lame prétrachéale
Espace supra-sternal
Manubrium sternal
Espace rétro-pharyngien
C1
C2
C3
C4
C5
C6
C7
T1


[redacted]

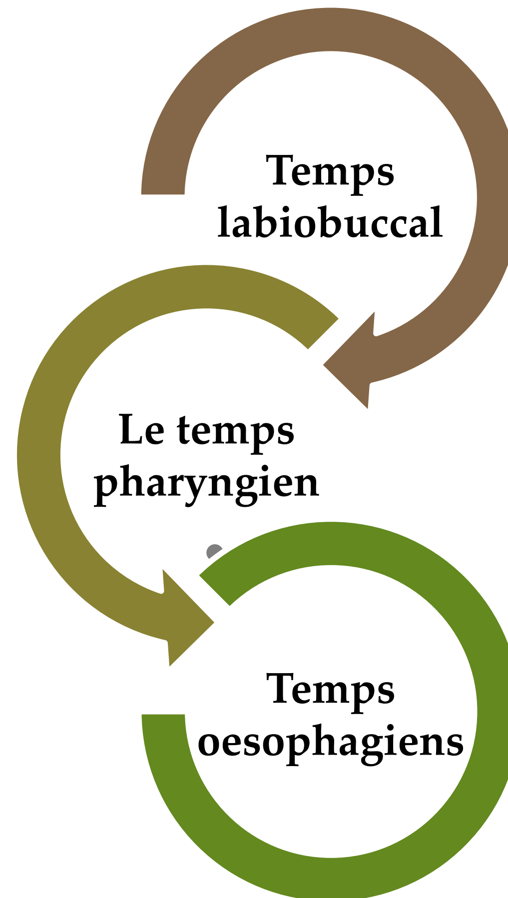

VOILE DU PALAIS
– A –
II
Paroi post. de l'oro-pharynx
Voile du palais
Tonsille palatine
Uvule
Pilier postérieur
Trigone rétro-molaire
Pilier antérieur
Base (ou partie pharyngée) de la langue
V lingual et sillon terminal
Papille circumvallée
Foramen cœcum
Partie mobile (ou buccale) de la langue
FACE ANTÉRO-INFÉRIEURE.


Choanes
Base du crâne (partie basilaire de l'occipital)
Tonsille pharyngienne
Processus styloïde
Septum nasal
Torus tubaire
Ostium pharyngien de la trompe auditive (d'Eustache)
Récessus pharyngien
Glande parotide
Torus de l'élévateur (pli du muscle élévateur du voile du palais)
Pli salpingo-pharyngien
Palais mou
Angle de la mandibule
Glande submandibulaire
Uvule
Tonsille palatine
Racine de la langue
Arc palato-pharyngien
Proéminence de la grande corne de l'os hyoïde
Épiglotte
Aditus du larynx
Proéminence de la corne supérieure du cartilage thyroïde
Pli ary-épiglottique
Récessus piriforme
Tubercule cunéiforme
Pli du nerf laryngé supérieur (recouvrant sa branche interne)
Tubercule corniculé
Incisure inter-aryténoïdienne
Proéminence de la lame du cartilage cricoïde
Trachée
Nasopharynx
Oropharynx
Laryngopharynx
Œsophage




Innervation des organes de déglutition

# La physiologie de la déglutition



# rappel physiologique

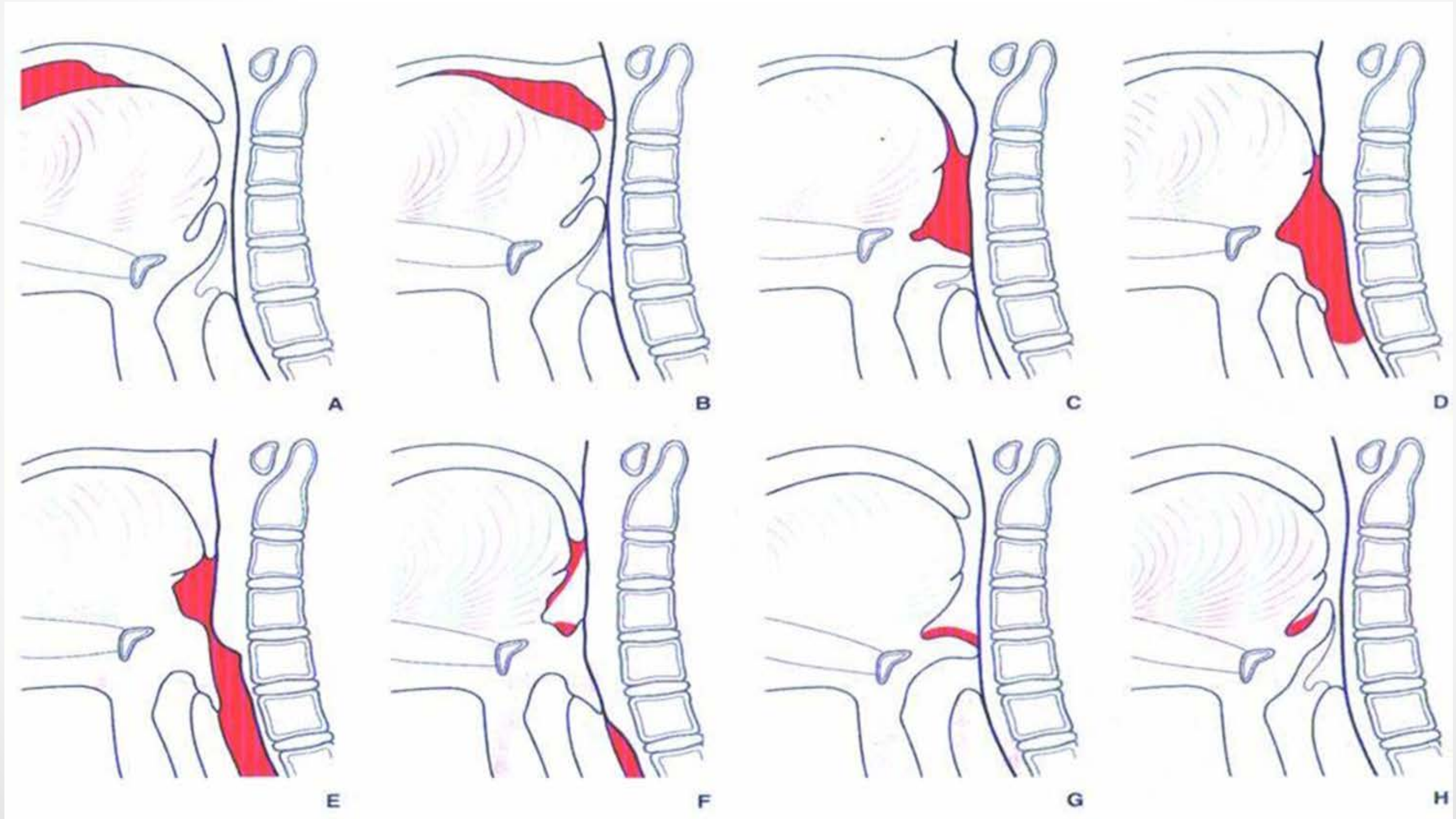
- L'acte d'avaler est classiquement divisé en trois temps:

- ❑ **Le temps labio-buccal**: temps volontaire , le bol alimentaire est constitué, rassemblé sur le dos de la langue ,puis poussé en arrière et en bas jusqu'au pharynx

- ❑ **Le temps pharyngien**: reflexe, constitué de la succession des étapes suivantes :
- Occlusion du sphincter vélo-pharyngé
- Occlusion du sphincter laryngé
- Ouverture du SOS
- Propulsion du bol alimentaire dans l'œsophage

- ❑ **Le temps oesophagien**: temps involontaire l'œsophage est balayé d'ondes péristaltique qui permettent au bol alimentaire de gagné l'éstomac

# Physiologie de la déglutition



# physiopathologie

Deux mécanismes permettent d'expliquer la plupart des causes de dysphagie:

- Obstacle organique sur la voie digestive (mécanique)
- Paralysie pharyngé et/ou oesophagienne (fonctionnelle)

# Diagnostique positif

# Bilan clinique

❖ **Interrogatoire ++++**

- Les antécédents pathologiques: ingestion de caustique, RGO,AVC, toutes autres pathologie neurologique,
- Mode de vie : l'intoxication alcoolo-tabagique et habitudes alimentaires
- Les caractéristique de la dysphagie : ancienneté, mode d'installation, intensité , évolution
- Signes associes: douleur a la déglutition (odynophagie), phénomènes de rumination, des fausse routes et un amaigrissement

# Bilan clinique

❖ **Examen clinique:**

➢ Il comprendra au minimum :

- inspection soigneuse de la cavité buccale, de l'oropharynx , de l'hypopharynx et de l'endolarynx avec étude de la mobilité laryngé
- Examen du cou : explore les aires ganglionnaires, la glande thyroïde
- on termine toujours par un examen ORL complet

• • •

➢ un examen neurologique ( l'études des paires crâniennes impliquées dans la déglutition est impérative)

➢ Le reste de l'examen somatique à la recherche des collagénose, d'anémie, ou d'autres signes pouvant orienter le diagnostique étiologique

# Bilan paraclinique

❖ Endoscopie: la nasofibroscopie et la FOGD

Examen fondamental, souvent réalisé en première intention permettant:

- La vision directe des lésions avec possibilité de biopsie et prélèvement cytologique
- Rôle thérapeutique, ablation de corps étrangers, laser, dilatation en cas de stenose

❖ TOGD: indiqué dans:

- Sténose serrée non franchissable par l'endoscopie;
- Dgc d'achalasie;
- Diverticule pharyngo-oesophagien

• • •

❖ Examen morphologique

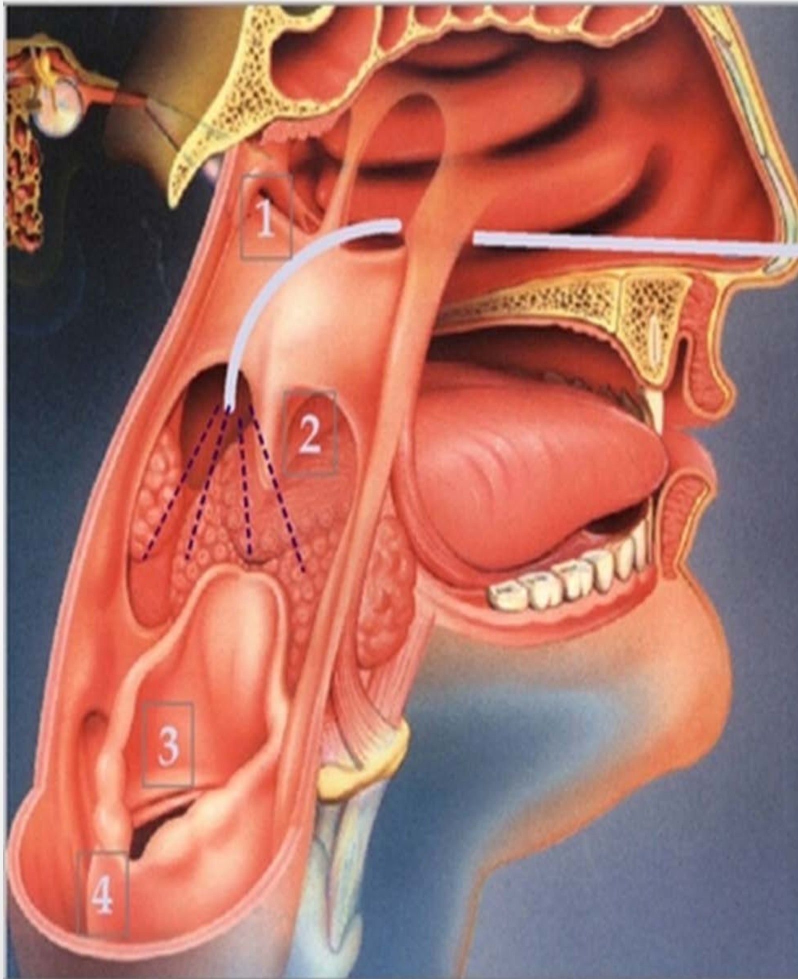
➢ TDM et IRM

➢ Echoendoscopie : indique dans

- Le bilan des Tms du médiastin.
- Analyse les différentes couches de la paroi oesophagienne.
- Permet de préciser l'extension ggaires médiastinale

➢ TLT

## La nasofibroscopie




## TOGD



- Exploration fonctionnelle oesophagienne:
  - Examen de 2eme intention, réalisé après exploration endoscopique.
  - Représentée par la manométrie et PH métrie

- Autres :
  - Radio-cinéma pharyngo-oesophagienne
  - Bilan biologique: NFS, VS,test serologique (syphilis, HIV), IDR a la tuberculine,…………
  - Biopsie et étude anapath des lésions organiques

• • •

# Diagnostique différentiel

- ❖ - Anorexie;
- ❖ - Troubles psychomoteurs et manifestation d'angoisse ( le globus hystericae)
- ❖ - Troubles de dentition gênant la mastication

# Diagnostique étiologique

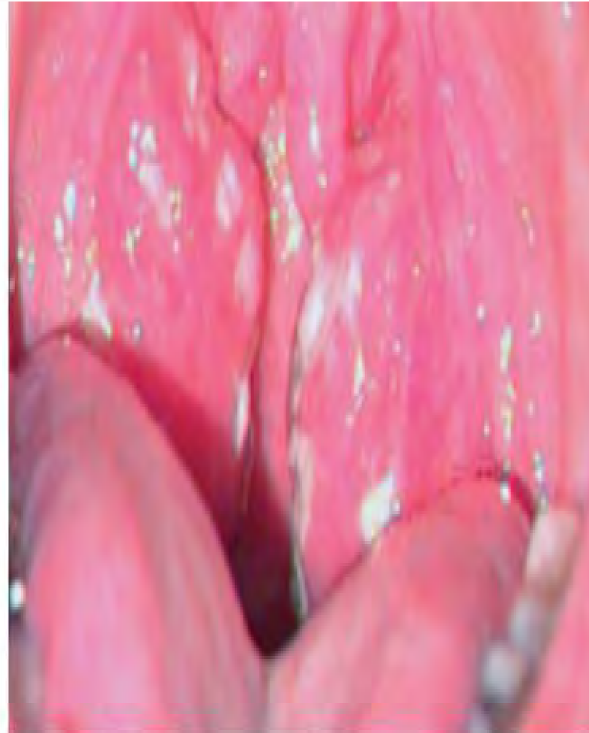
## A. Dysphagie haute :

### A-1- Dysphagies fébriles :

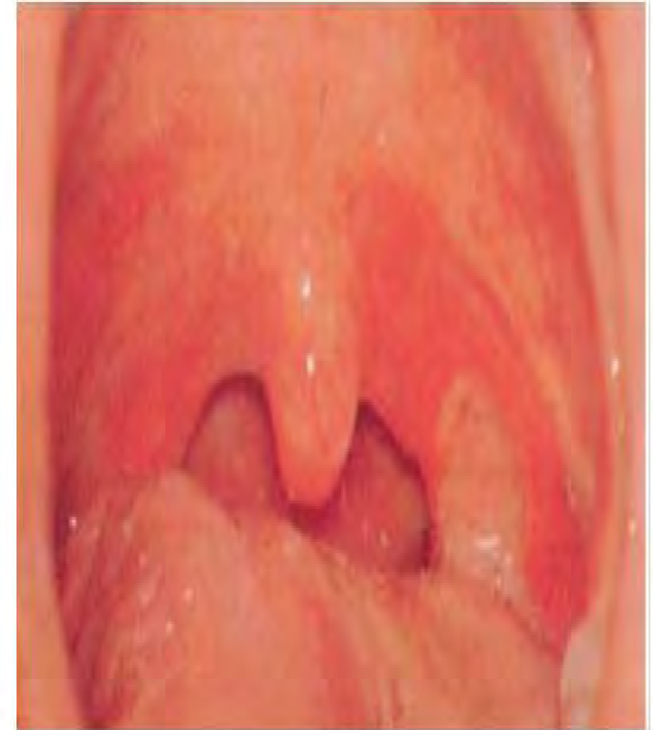
- Les angines non spécifiques: Erythémato-pultacée, pseudo-mb à germe banal, ulcéreuse, gangréneuses.
- Angines spécifiques: Diphtérie, scarlatine, angine de vincent ( ulcéro-nécrotique unilatérale), MNI primo-infection herpétique, zona pharyngien.
- . Amygdalite
- Phlegmon péri amygdalien, abcès rétropharyngien.
- Angines associées à une hémopathie (agranulocytose, leucémie).
- Épiglottite.
- Pyolaryngocèle.



angine pseudo-membraneuse



angine érythemato-pultacée



angine de vincent

## A-2- Dysphagies non fébriles:

La première cause à rechercher est une Tm surtout en présence de facteurs de risques: Homme âgé de 40 à 60 ans et intoxication alcoolo-tabagique.

*a- étage oro-pharyngé* :

- ***Carcinome épidermoide de l'amygdale*:**
- Homme entre 50 et 60 ans, éthlo-tabagique.
- Clinique:- Odynophagie, otalgie réflexe, AEG .
  Ulcération dure au touché saignant au contacte.

- ***kc du sillon amygdalo-glosse et de la base de langue***

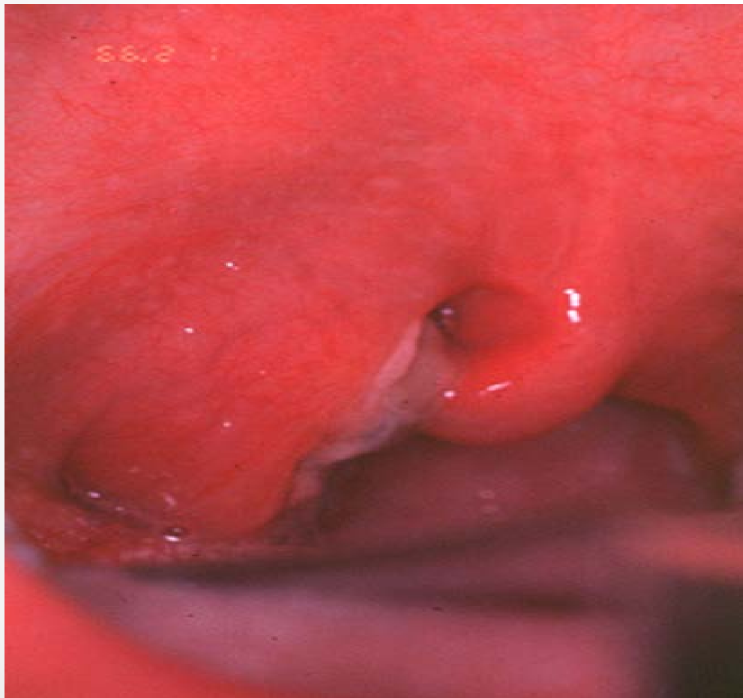
...

- ***Ulcération amygdalienne tuberculeuse***:
  - Notion de contage.
  - signes d'imprégnation tuberculeuse.
  - Ulcération douloureuse sans infiltration ni saignement.
  - TLT.
  - Prélèvement de gorge et culture.



**Carcinome épidermoïde de l'oropharynx droit étendu au voile du palais droit.**

Cancer de l'amygdale



Cancer de la langue



- ***Ulcération amygdalienne syphilitique***:

  - Ulcère localisé à l'amygdale qui ne saigne pas au contacte.

  - ADP multiple autour d'une plus volumineuse.

  - Notion de contage.

  - Mise en évidence du tréponème.

  - Sérologie.

- ***Goitre basi-lingual***: il faut y penser devant une tuméfaction de la base de la longue, rouge sombre, vérifié par une échographie cervicale par la vacuité de la loge thyroïdienne.
- ***Corps étrangers*** : Rapidement évoqué à l'interrogatoire et se d'autant qu'ils sont mal supportés et souvent douloureux (arête de poisson, pièce de monnaie).

## b- Au niveau de l'hypopharynx:

- **Carcinome épidermoide de l'hypopharynx:**

-Homme 40 à 60 ans.

-Dc tardif associant: Dysphagie mécanique, odynophagie, crachats sanglants, dysphonie, dyspnée et ADP cervicales dans un contexte général médiocre.

- Siège le plus fréquent est le ***sinus piriforme***.

- Pronostique sombre marqué par une lymphophilie et un pouvoir métastatique important et récidives locales et ggls fréquentes.

- **Carcinome vestibulaire laryngé et de la margelle laryngée.** • • •
- **Corps étranger**: parfois bloqués dans le sinus piriforme ou dans la région rétro cricoidienne.

## c- La base du cou:

- Kc thyroïdien, goitre.
- Kc de la trachée.
- Kc de la bouche oesophagienne

## ➢ *Diverticule phayngo-oesophagien (diverticule de Zenker ):*

*Définition*: hernie de la muqueuse à travers un defect de la musculeuse, à la jonction pharyngo-oesophagienne, sur la face postéro-latérale gauche de l'œsophage cervical + hypertonie du muscle crico-pharyngien

–*Terrain* : homme, + 50 ans.

–*Clinique*: dysphagie intermittente cervicale + régurgitations non acides, d'aliments non digérés, fétidité de l'haleine , hypersialorrhée.

–*Complications*: atélectasies + infections broncho-pulmonaires par fausses routes alimentaires + cancer

.

- TOGD :1er examen à demander( avant la FOGD qui peut perforer la muqueuse du diverticule)
- ~ montre le diverticule et apprécie son volume
- ~ vérifie l'absence de cancer sur le diverticule, et explore l'œsophage sous-jacent.
- –Traitement du diverticule de Zencker:Chirurgical : diverticulectomie, diverticulopexie, myotomie du muscle crico pharyngien



## B- Dysphagie basse

1- Dysphagies organiques lésionnelles:

❖ **Cancer de l'œsophage**: Premier Dc a évoqué chez un homme de 40 à 60 ans éthylotabagique présentant une dysphagie progressive dans un contexte d'AEG.

- Endoscopie: lésion tumorale bourgeonnante ou ulcéro-infiltrante, saignant au contacte.

- Les biopsies confirme le diagnostique.

- Bilan d'extension ( échoendoscopie , TDM).

❖ **Tms binignes de l'œsophage**:

*Papillome, lipome, neurinome, leimyome*;

- Symptomatiques si elles sont volumineuses;

- Peuvent être confondues avec les compressions extrinsèques;

- Dc écho-endoscopique

❖ **Œsophagites peptique**:

- ATCD d'RGO.
- Dysphagie progressive parois brutale après mise en place de SNG.
- fibroscopie: Muqueuse érythémateuse, érosive, ulcérée.

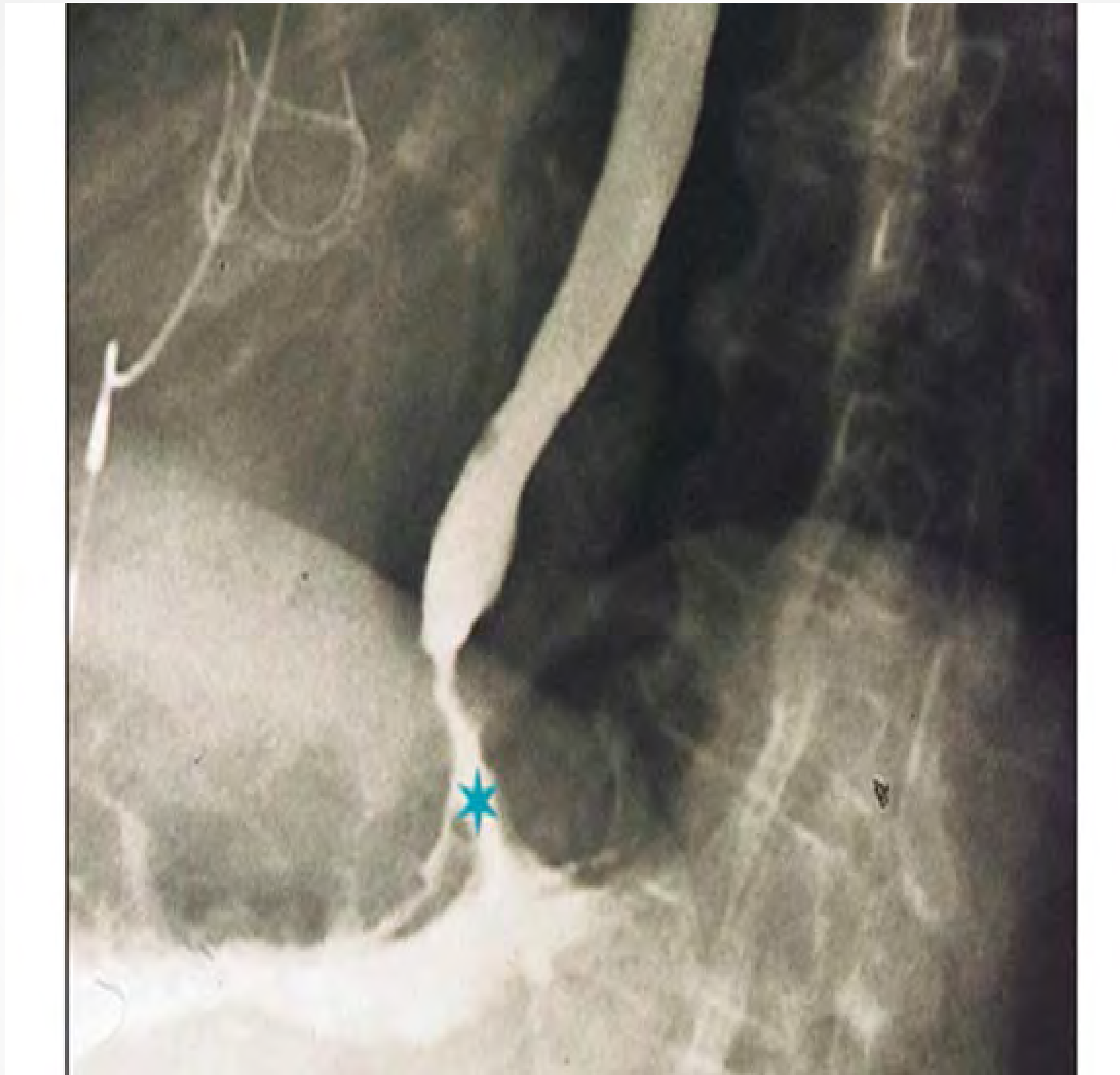
❖ **Sténose caustique**:

- Notion d'ingestion caustique.
- Une sténose serrée au transit baryté.

❖ **Œsophagites infectieuses**:

- Œsophagites mycosiques la plus fréquente.
- Terrain fragile ( ATB, CTC, Sida).
- Endoscopie: granulations blanchâtres, pseudo mb.
- Le germe le plus fréquent est le candida albicans.
- Autres: hérpes, TBK, CMV…

❖ **Corps étrangers intra-oesophagiens**



Sténose peptique

- **Anneaux et membrane: Sont des causes rares**.

  - **Anneaux de Schatzki**: c'est un diaphragme muqueux situé au-dessus d'une hernie hiatale

  - ***Syndrome de Plummer Vinson***:

- il est exceptionnel associe a une carence chronique en fer.
- touchant la femme d'âge moyen.
- dysphagie haute, intermittente et indolore.
- la fibroscopie retrouve une membrane grise blanchâtre au tiers supérieur qui se rompt au passage du fibroscopie.
- le cancer est fréquent

- ***Maladies de Biermer*.**
- **Compressions extrinsèques thoraciques**:

  - Comp tumorale: Lymphomes, ADP médiastinales.

  - Comp vasculaires: hypertrophie de l'OG, dysphagie de lusoria.

Plummer Vinson



Anneau de schatzki

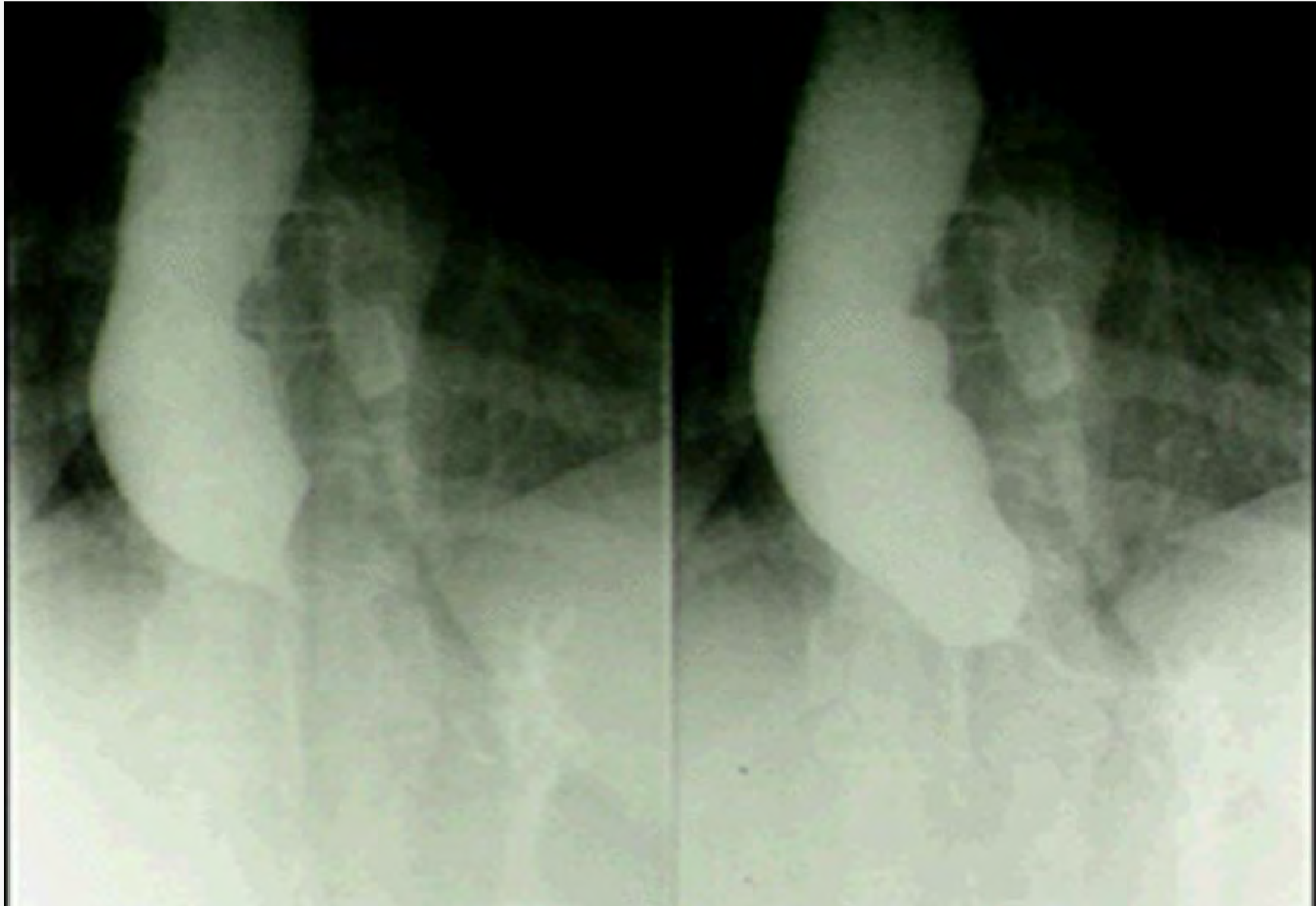


## 2- **Dysphagies fonctionnelles:**

### a- Troubles moteurs oesophagiens primitifs:

➢ **Achalasie (Méga œsophage idiopathique):**

- Physiopath: - Hypertonie du SIO.
  - Anomalie de contraction péristaltique œsophagienne.
  - Clinique: - Dysphagie intermittente prédominante pour les liquides ( paradoxale).
    - Régurgitation et dlr retrosternale en dehors des repas.
- Ex cpt : - endoscopie élimine une pathologie tumorale ou infectieuse
  - la manométrie oesophagienne est l'investigation la plus spécifique (augm de la pression du SIO, relaxation incomplète et absence de péristaltisme primaire.
  - TOGD: dilatation en amont avec sténose serrée et régulière.
  - -TLT: niveau liquidien lié à la stase.



**Achalasie avec mégaoesophage et une zone sphinctérienne spasmé donnant l'aspect d'un queue de radis**

- **Syndrome des spasmes diffus de l'œsophage**:
- perte intermittente de péristaltisme oesophagien.
  - Douleurs thoraciques pérprandiales, dysphagie capricieuse.
  - Allongement de TTO à la scintigraphie oesophagienne.
- Achalasie SSO:
  - Hypertonie du muscle crico-pharyngien.
  - Dysphagie haute avec fausses routes.

b- troubles moteurs secondaires:

- Achalasie secondaire: syndrome paranéoplasique ou lors de la maladie de Chagas.
- Collagénoses:
  - Sclérodermie: Atteinte de 2/3 inf de l'oes.
  - Polymyosite, dermatomyosite: Dysphagie haute (1/3 sup de l'Oes).
  - LED.
  - Synd de Gougerot Sgorgen.

### c. Dysphagies fonctionnelles par troubles moteurs pharyngo-oesophagiennes:

- S'intègrent généralement dans l'évolution d'une maladie neurologique ou musculaire.

- Causes neurologiques:

-SNC: AVC, SLA, Tabes, anoxie cérébrale, traumatisme cérébrale.

- SNP: Atrophie musculaire, polio, diabète, syndrome de Guillain Barré.

- Causes musculaires: Polyomyosite, dermatomyosite, LED, dystrophie musculaire, myopathie radique, amylose.

Causes neuromusculaires: Myasthénie, botulisme.

# conclusion

# conclusion

Tout patient dysphagique doit au minimum bénéficier d'un examen clinique minutieux et d'une endoscopie, l'absence d'une lésion organique oriente vers une atteinte fonctionnelle. ...